

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1952

THÈSE 808

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

PIERRE TACHELLA

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 24 Septembre 1926 à Tourane (Annam)

Présentée et soutenue publiquement le

Cinq Cas d'Adénopathies Tuberculeuses

Président : M. E. BERNARD, Professeur

Ets. R. PRALORAN

173-175, Faubourg Poissonnière

PARIS (9^e)

FACULTE de MEDECINE de PARIS

Année 1952

N-

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(diplôme d'Etat)

par

Pierre T A C C H E L L A

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 24 Septembre 1926 à TOURANE (ANNAM)

=====

Présentée et soutenue publiquement le

=====

CINQ CAS D'ADENOPATHIES
TUBERCULEUSES

Président : M.E. BERNARD (Professeur)



UNIVERSITE DE PARIS - FACULTE DE MEDECINE

Nom du Candidat : TACCHELLA

Prénom : Pierre

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

TACCHELLA Pierre
A.E.H.P. - CINQ CAS
D'ADENOPATHIES TUBER-
CULEUSES.-
(Thèse Méd. (Etat)
Paris 1952 N-)

TACCHELLA Pierre
A.E.H.P. - CINQ CAS
D'ADENOPATHIES TUBER-
CULEUSES.-
(Thèse Méd. (Etat)
Paris 1952 N-)

TACCHELLA Pierre
A.E.H.P. - CINQ CAS
D'ADENOPATHIES TUBER-
CULEUSES. -
(Thèse Méd. (Etat)
Paris 1952 N-)

TACCHELLA Pierre
A.E.H.P. - CINQ CAS
D'ADENOPATHIES TUBER-
CULEUSES.-
(Thèse Méd. (Etat)
Paris 1952 N-)

DOYEN HONORAIRE :
M. BAUDOIN,

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOIN, BRINDEAU, CARNOT, CHEVASSU, CHIRAY,
CLERC, DELBET, GOUGEROT, GUILLAIN, LAIGNEL-LAVAS-
TINE, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LÖ-
PER, MARION, MATHIEU, MULON, OMBREDANNE, ROUVIERE,
SANNIE, SEBILEAU, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut.

ASSESEUR Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS.

	MM.
Anatomie	OLIVIER
Anatomie pathologique.	DELARUE
Bactériologie	GASTINEL
Biologie médicale.	VERNE
Cancérologie médicale, sociale . .	HUGUENIN
Carcinologie	OBERLING
Chimie médicale.	POLONOVSKI
Cliniques chirur. {	Hôtel-Dieu . .
	St-Antoine . .
	Salpêtrière. .
	Cochin
Clinique chirurgicale réparatrice } et orthopédique . . . }	MERLE d'AU- BIGNE
Clinique de cardiologie.	DONZELOT
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie)	FEVRE
Clinique chir. pleuro-pulmon. . . .	MONOD
Clinique de la tuberculose. . . .	BERNARD
Clinique de neuro-chirurgie. . . .	PETIT- DUTAILLIS
Clinique de puériculture	LELONG

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	} DEGOS
Clinique des maladies du sang. . .	CHEVALLIER
Clinique des maladies du système nerveux.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf. . .	DEBRE
Clinique des maladies infect. . .	MOLLARET
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	} DELAY
Clinique gynécologique.	F.BRENTANO
Cliniques médicales	} BENARD Henri LARCHE Guy MOREAU LIAN
Clinique méd.hydro-climato. thér..	J. BESANCON
Clinique médicale propédeutique...	PASTEUR V-R.
Cliniques obstétricales	} LANTUEJOUL LEVY-SOLAL LACOMME
Clinique ophtalmologique.	VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile.	HEUYER
Clinique rhumatologique.	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Histoire de la méd. et de la chir.	MOUQUIN
Histologie	CHAMPY
Hygiène et clinique première enf.	CATHALA
Hygiène et méd. préventive. . . .	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et histoire naturelle méd..	GAILLIARD

Pathologie chirurgicale	de GAUDART d'A.
Pathologie exotique	LAVIER
Patho. expérimentale et comparée.	LEMAIRE
Pathologie médicale	BARIETY
Path. et thérapeut.générales. . .	de GENNES
Pharmacologie et matière méd. . .	HAZARD
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Problèmes alimentaires (c.t.per).	RICHET
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale.	MOULONGUET
Thérapeutique.	TURPIN
Thérapeutique chirurgicale. . . .	SENEQUE
Thérapeutique médicale	CHABROL

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

	MM		MM
Anatomie . .	{ CORDIER .		{ HUGUIER
	{ DEBEYRE .		{ LAURENCE
	{ DELMAS .		{ LEGER
Anat. Path.	{ Mle GAU- Pat.chirur.		{ OLIVIER
	{ THIER-V .		{ PADOVANI
	{ BUSSE .		{ POILLEUX
Bactériolo-	{ FASQUELLE		{ ROUX
gie	{ NEVOT .		{ RUDLER
			{ VERNE
Biol. méd. .	BOURLIERE. Pat.expé-		{ MERKLEN
	{ ETTORI .rimentale		
Chimie méd.	{ JAYLE .		{ BERNARD Jean
	{ SCHAPIRA.		{ BOUDIN
Dermato-sy-	{ N .		{ CASTAIGNE
phylographie			{ CONTE
	{ BULLIARD. Pat.médica-		{ DECOURT
	{ COUJARD . le		{ DOMART
Histologie.	{ DESCLAUX.		{ DREYFUS Gil-
			bert
Hydrologie	{ DEBRAY		{ FAUVERT

	MM.		MM.
Hygiène	{ BOYER DEPARIS .		{ HAMBURGER KOURILSKY LAMY
Médecine légale	{ DEROBERT. GAULTIER.	Pat.médicale..	{ MILLIEZ PERRAULT RAMBERT TIEFFRY TURIAU
Neurochir...	N. .		
Neurologie...	de SEZE .		
	{ GRASSET . LEPAGE .	Pédiatrie	{ LAPLANE MARIE
Obstétrique.	{ MAYER . MERGER . RAVINA . VARANGOT.	Pharmacologie.	{ LEVY Mle CHEYMOL
		Physiologie	{ BARGETON PARROT
Ophthalmologie	{ OFFRET . DESVIGNES.	Physique médicale	{ DOGNON DJOURNO GOUGEROT
Oto-rhino- laryngo	{ HALPHEN . MADURO .		
Parasitolo.	BRUMPT .	Psychiatrie..	BARUK
Parasito. coloniale	{ CHABAUD . ABOULKER.	Psychiatrie infantile	{ MICHAUX
Pat. chirurg.	{ BAUMANN . GOSSET .	Thérapeutique (chargé de l'ens.	BROUET
Stomato.....	CHAPUT M ^{re} .		
Urologie....	KUSS		

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
et AGREGES RAPPELES à l'EXERCICE
pour le service des examens.

MM. BRINDEAU (Obstétrique), GATELLIER (clinique chirurgicale), LE LORIER (Obstétrique), VAUDESCAL (Obstétrique).

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE
ANNEXE A TITRE PERMANENT.

	MM.		MM
Clinique	{ AMELINE .		{ BOULIN
chirur.	{ MENEGAUX.		{ BROUET
	{ PATEL .		{ CACHERA
	{ SICARD .	Clinique } médicale }	{ DELARUE
Clinique	{ DIGONNET.		{ GARCIN
obstét.	{ ECALLE .		{ HAGUENEAU
			{ LENEGRE
Clinique	{ RENARD .		{ MARCHAL
ophtal.			{ SOULIE
Urologie	COUVELAIRE		

- : -

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
Secrétaire-Adjoint Mle CHAINTREUIL

- : -

Bibliothécaire en Chef D^r HAHN
Bibliothécaires { Mles DUMAITRE
GOICHON
LAURENT
LE NOIR

- : -

Par délibération en date du 9 Décembre
1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises
dans les dissertations qui lui seront présen-
tées, doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.

A ma Femme,

A mes Parents,

A tous les Miens,

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur E. BERNARD,

Professeur de Phtisiologie à la
Faculté de Médecine de Paris,

Médecin-Chef à l'Hôpital Laënnec,

Membre de l'Académie Nationale de
Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette
thèse.

Qu'il trouve ici l'expres-
sion de notre respectueuse
gratitude.

A Monsieur le Docteur BOLTANSKI

Médecin de l'Hôpital Laënnec.

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et dont l'enseignement et les
conseils nous furent des plus pré-
cieux à l'élaboration de ce modeste
travail.

En témoignage de notre reconnaissance.

A mes Maîtres de l'Externat,

Monsieur le Professeur LEVY-SOLAL,

Messieurs les Docteurs,

ROUHIER

GATELIER

MORIN

- Cinq Cas d'Adénopathies

Tuberculeuses -

- INTRODUCTION -

Nous nous proposons de présenter dans ce travail Cinq Cas d'Adénopathies Tuberculeuses de l'adulte, dont trois ont été hospitalisés dans le service de notre Maître le Docteur Boltanski, médecin à l'hôpital Laënnec.

Nous commencerons dans la première partie de cet exposé par décrire les cinq observations. Dans une deuxième partie, en recherchant les principaux travaux faits jusqu'à ce jour, nous donnerons une idée d'ensemble relative aux Adénopathies Tuberculeuses de l'adulte. Enfin, dans une dernière partie, à la lumière de ce qui aura été exposé précédemment nous chercherons à montrer en quoi ces différentes observations peuvent être intéressantes.

- CHAPITRE I -

OBSERVATION I -

Monsieur B, âgé de 52 ans, entre dans le service le 12 Février 1952, pour pyrexie inexpliquée.

Début de la maladie :

Le 7 Novembre 1951, après une période de quelques jours avec :

- fatigue générale,
- anorexie,
- sueurs profuses,

le malade se sentant particulièrement fatigué prend sa température qui est à 39-, s'alite et consulte son médecin traitant.

De cette date jusqu'à l'hospitalisation, de multiples examens seront pratiqués et reviendront tous négatifs :

S.G. : température 39- .. 40-
et

S.F. : sueurs profuses,
anorexie,
fatigue générale.

S.P. : Tout semble normal
Poumons : R.A.S.
Coeur : R.A.S.
Pas de ganglions
Pas de rate

Examens complémentaires :

Hémoculture : négative

Séro-diagnostic : négatif
Goutte épaisse : négative
Numération : G.R.: 3.980.000

G.B.: 8.700 avec 65%
de poly.

Radiographie Pulmonaire: Aucune
image anormale.

Thérapeutique :

3.000.000 d'unités de pénicilline
sans effet sur la température.

Examen à l'entrée (12 Février 1952)

1 - Antécédents: ébéniste de son métier,
n'a jamais été malade, travaille beau-
coup, élève des pigeons à ses heures
perdus ; parmi ses proches on ne re-
trouve aucune notion de maladie conta-
gieuse ou chronique.

2 - L'examen clinique : est absolument né-
gatif :

S.G. : la température reste aux envi-
rons de 39-... 40-...
sueurs profuses.

3 - Examens Complémentaires :

Urée : 0,35 gr.
B.W. : négatif
culot urinaire : normal
hémoculture : négative
Séro-diagnostic : négatif
réaction de Hirtz : négative
réaction de Paul et Bunel : négative
crachats : B.K.: 0
Tubage : B.K.: 0

15 Février 1952

- Examen radiologique systématique :

estomac et duodénum : R.A.S.
transit intestinal : R.A.S.
reins après préparation : R.A.S.

Séro-diagnostic : négatif

Goutte épaisse : négative

Numération : G.R.: 3.980.000

G.B.: 8.700 avec 65%
de poly.

Radiographie Pulmonaire: Aucune
image anormale.

Thérapeutique :

3.000.000 d'unités de pénicilline
sans effet sur la température.

Examen à l'entrée (12 Février 1952)

1 - Antécédents: ébéniste de son métier,
n'a jamais été malade, travaille beau-
coup, élève des pigeons à ses heures
perdus ; parmi ses proches on ne re-
trouve aucune notion de maladie conta-
gieuse ou chronique.

2 - L'examen clinique : est absolument né-
gatif :

S.G. : la température reste aux envi-
rons de 39-... 40-...
sueurs profuses.

3 - Examens Complémentaires :

Urée : 0,35 gr.

B.W. : négatif

culot urinaire : normal

hémoculture : négative

Séro-diagnostic : négatif

réaction de Hirtz : négative

réaction de Paul et Bunel : négative

crachats : B.K.: 0

Tubage : B.K.: 0

15 Février 1952

- Examen radiologique systématique :

estomac et duodénum : R.A.S.

transit intestinal : R.A.S.

reins après préparation : R.A.S.

- Numération :

G.R.: 3.940.000

G.B.: 4.400 dont 55 % de poly.

21 Février 1952

- Numération :

G.R.: 3.800.000

G.B.: 2.600 dont 47 % de poly.

- Myélogramme : montre une formule sensiblement normale.

- Thérapeutique : transfusion plus injections de Thymonucléate.

26 Février 1952

- Une Radiographie Pulmonaire dévoile l'existence d'une ombre médiastinale latéro-trachéale droite.

- Les Tomographies confirment le diagnostic de masse latéro-trachéale droite qui semble être une image ganglionnaire.

- Crachats : B.K.: 0

- Tubage : B.K.: 0

Du 26 Février au 29 Mars 1952

- Différents examens radiologiques confirment l'existence d'une image qui augmente progressivement de volume.

- Des examens de sang répétés montrent une aggravation du syndrome sanguin :

6/3/52 :

G.R. : 2.200.000

G.B. : 1.800 dont 37 % de poly. et diminution de tous les éléments y compris les plaquettes 95.650.

14/3/52 :

G.R. : 2.900.000

G.B. : 1.400 dont 57 % de poly.

21/3/52 :

G.R. : 2.900.000

G.B. : 1.200 dont 37 % de poly.

Le 29 Mars 1952

- l'apparition d'un petit ganglion de la région sus-claviculaire droite permet de faire une biopsie. L'examen pratiqué par deux laboratoires différents révèle l'existence de BK.
- Myélogramme met en évidence une diminution de tous les éléments rouges comme blancs. Une culture de moëlle est pratiquée après qu'un examen direct n'ait pas révélé l'existence de B.K à ce niveau.
- Thérapeutique : la streptomycine par voie générale est instituée.

Du 29 Mars 1952 au 17 Avril

- la température toujours du type oscillante n'a que peu diminué.
- le syndrome sanguin s'améliore lentement.
- Radiologiquement existe une masse maintenant volumineuse.

A partir du 17 Avril jusqu'au 15 Mai

- Mise en oeuvre d'une nouvelle thérapeutique : l'hydrazide de l'acide nicotinique (Rimifon)
6 comprimés par jour.

La température amorçe rapidement une

courbe descendante, il existe une amélioration très nette de l'état général, les sueurs disparaissent rapidement, l'appétit reprend vite, le malade prend 4 Kgrs.

- Cliniquement le ganglion sus-claviculaire ne s'est pas modifié.
 - Radiologiquement un examen pratiqué le 14 Mai 1952, soit 27 jours après le début de la thérapeutique, ne montre que fort peu de modifications de l'image médiastinale, tout au plus peut-on noter que le contour externe de cette masse qui était bien dessiné présente à cette date de nombreuses encoches. La masse elle-même a très peu diminué, mais, d'homogène qu'elle était elle présente maintenant une zone périphérique externe plus claire que la zone juxta-médiastinale.
-

OBSERVATION II

Monsieur H, âgé de 72 ans, hôtelier de sa profession tombe malade en Décembre 1951.

- Fatigue générale
- Asthénie
- Anorexie
- Température du type oscillante atteignant 40- chaque soir

- Thérapeutique :

500.000 unités de pénicilline par jour pendant 10 jours ne donnent aucun résultat.

En Janvier 1952 les signes généraux persistants, il apparaît dans la région sous-maxillaire gauche un ganglion :

- gros comme un oeuf de poule
- très dur
- indolent
- sans péri-adénite.

- Thérapeutique : streptomycine : 2 grs par jour pendant 7 jours.
- Amélioration considérable : disparition de la température et du ganglion.

Le malade semblait en voie de guérison lorsque le 15 Mars 1952 on note une réapparition du syndrome infectieux et du ganglion, celui-ci gardant les mêmes caractères.

Le médecin traitant envoie le malade en stomatologie. Une radiographie est pratiquée et montre l'existence d'une racine résiduelle.

Un traitement antibiotique est conseillé :

pénicilline + auréomycine

Le malade est amené à consulter à nouveau le 1er Avril. Devant la persistance du syndrome infectieux, le stomatologiste pratique l'extraction de la racine résiduelle, demande l'hospitalisation et modifie la thérapeutique :

pénicilline + terramycine.

- A l'entrée dans le service l'état général est très mauvais, la température est élevée, il existe des signes de gravité :
 - oligurie
 - langue rôtie

A l'examen, outre un gros foie dur (l'interrogatoire de la famille révèle l'existence d'une imprégnation alcoolique mar-

quée) il existe un syndrome pulmonaire de la base droite que confirme la radio standard, et qui amène à pratiquer une ponction exploratrice qui s'avérera négative.

- Devant la persistance des signes une ponction ganglionnaire est pratiquée, qui ramènera avec difficulté une goutte de pus :
B.K : + + +

- Les Tomographies éliminent l'existence d'une lésion parenchymateuse. Le syndrome clinique étant en rapport avec une manifestation pleurale.

- Examens complémentaires :

Urée : 0,25 gr

B.W. : négatif

Culot urinaire : normal

Numération : sensiblement normale.

- La Thérapeutique par la streptomycine est mise en oeuvre à raison de 1 gr. par jour pendant 10 jours.

- La température restant élevée, l'état général s'aggravant considérablement, le malade est mis à l'Hydrazide de l'acide Iso-Nicotinique il existe une chute spectaculaire de la température avec amélioration notable de l'état général. Localement le ganglion qui était resté extrêmement dur se ramollit, ce qui laisse envisager la possibilité d'une thérapeutique locale.

OBSERVATION III

Monsieur E ..., âgé de 29 ans, hôtelier de sa profession, entre dans le service le 11 Décembre 1951 pour adénopathies de la région cervicale localisées à droite, celles-ci sont

apparues récemment à la suite d'un surmenage physique.

- Antécédents : le malade a présenté des maladies infantiles banales ; il n'y a pas de notions de virage récent de cuti-réaction ; il n'existe aucun contage familial retrouvé.

- Examen :

- fatigue générale
- pâleur
- sueurs nocturnes

Dans la région cervicale il existe 3 gros ganglions non douloureux sans péri-adénite et fluctuants.

- Examens Complémentaires :

cuti : positive
V.S. : accélérée 25-70

La ponction ganglionnaire ramène un pus mal lié :

B.K. : + + +

- Radio pulmonaire : normale

- Crachats : B.K. : 0

- Tubage : B.K. : 0

- Thérapeutique : Générale, streptomycine: lgr par jour pendant 28 jours.

P.A.S.: 15 gr. par jour par voie buccale.

Locale, ponction ganglionnaire tous les 2 jours, puis tous les 3 jours.

10 Janvier 1952 : arrêt de la thérapeutique, sclérose ganglionnaire, vitesse de sédimentation (9-21-80), le malade est envoyé en convalescence à la campagne pour deux mois avec un traitement de Charpy.

Le malade revient consulter tous les 15 jours.

Le 2 Mai : tous les examens étant négatifs, le malade reprend son travail.

OBSERVATION IV

Monsieur G ..., âgé de 33 ans, maçon de sa profession, présente au décours de l'hiver 1950, après plusieurs mois de surmenage physique intensif, une adénopathie cervicale d'installation rapide l'amenant à consulter.

- Examen Clinique : Existence de plusieurs ganglions indolents de la région cervicale.

Cuti-réaction : positive

V.S. : très accélérée

Radio pulmonaire : négative

Crachats : B.K.: 0

Ponction ganglionnaire : B.K.: +++

- Antécédents : pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse à 18 ans suivie d'une convalescence très courte.

- Thérapeutique : 1 gr. de streptomycine par jour pendant 1 mois par voie générale.

- Résultats : amélioration considérable de l'état général. Reprise de l'appétit.

Néanmoins localement il persiste 3 tuméfactions ganglionnaires dures, semblant sclérosées, non douloureuses. Le malade reste au repos pendant trois mois avec un traitement de Charpy puis reprend son travail.

- Rechute en Novembre 1951

- température : 38°
- sueurs
- anorexie
- perte de poids
- localement réapparition des ganglions.

De nouveaux examens systématiques sont demandés et le malade est mis pendant deux mois à un traitement local seul :

streptomycine + P.A.S.

- Résultats : très rapidement il existe une guérison clinique apparente et localement le malade suivi jusqu'à ce jour semble guéri.

OBSERVATION V

Monsieur S ..., âgé de 28 ans, étudiant, présente au mois de Novembre 1951 un virage de cuti-réaction.

Envoyé au repos par son médecin traitant, le malade présente, fin Décembre 51, dans la région cervicale droite, des ganglions qui vont rapidement grossir et se ramollir.

- Une ponction ganglionnaire ramène un pus riche en B.K.
- Trois radios pulmonaires faites à 15 jours d'intervalle ne montrent aucune atteinte parenchymateuse ou ganglionnaire médiastinale ; les examens de crachats et les tubages sont négatifs, seule la vitesse de sédimentation est fortement accélérée.
- Thérapeutique : générale; 20 grs. de streptomycine à raison de 1 gr. par jour pendant 10 jours puis

1 gr par jour tous les 3 jours
en même temps que 15 grs de
P.A.S. par voie buccale tous
les jours.

locale: injections espacées, à
la demande, de strepto + P.A.S.

- Fin Février 1952, le traitement local est
abandonné ainsi que le traitement général,
les différents examens, en particulier la
vitesse de sédimentation, étant normaux.
-

nous nous bornerons à rappeler brièvement les caractères :

- de terrain,
- anatomo-pathologiques
- cliniques
- diagnostic
- pronostic et thérapeutique
de cette affection.

L'âge et le terrain

S'il était classique de considérer jusqu'à une certaine époque l'adénopathie tuberculeuse comme une maladie strictement de l'enfance, dès 1932 de nombreux auteurs combattent cette notion : plus fréquente chez l'adulte jeune elle peut se rencontrer aussi bien chez le vieillard.

Le rôle du terrain comme l'a montré la recrudescence de l'affection dans les années 1941-1942 est indéniable. Les privations, les déportations, l'histoire des transplantés, toutes les causes favorisant une moindre résistance de l'organisme mettent en valeur, qu'il s'agisse d'adénopathie primitive ou secondaire, isolée ou associée, ce facteur terrain.

Anatomie Pathologique

L'adénopathie résulte de l'agglomération de follicules tuberculeux avec une zone périphérique lymphoïde, une zone de cellules géantes, une zone centrale de caseum plus ou moins importante suivant l'âge ou le type de l'adénopathie.

Clinique

La forme la plus courante est la polyadénite passant par les 3 stades classiques :

- crudité,
- ramollissement
- fistulisation.

Au point de vue localisation, les formes cervicales restent les plus fréquentes. De nombreuses observations insistent sur les formes médiastinales associées aux précédentes ou isolées. Le lymphome tuberculeux restant exceptionnel.

L'Etude des signes généraux permet d'isoler plusieurs formes :

- la forme classique avec un état général peu altéré, s'accompagnant de signes dits d'imprégnation tuberculeuse évoluant d'une seule poussée.
- une forme plus lente avec poussée fébrile transitoire.
- enfin, une forme hyperfébrile individualisée par Askanazy.

Diagnostic

Si de nombreux examens complémentaires permettent d'étayer le diagnostic essentiellement en éliminant les autres étiologies possibles :

- (- formule sanguine
- V.S.
- cuti-réaction
- intra-dermo réaction au besoin)

3 examens revêtent à notre avis une importance fondamentale :

1- la Ponction-Biopsie qui, en révélant l'existence de B.K., affirme le diagnostic

2- la Biopsie qui permet de porter le diagnostic quand la Ponction est difficile ou impossible à faire.

(Nous rattacherons à ces deux examens l'inoculation au cobaye, ainsi que l'ensemencement sur milieux spéciaux.)

3- les radios-tomographies pulmonaires qui affirment :

- l'existence de masses médiastinales,
- en font prévoir la topographie ganglionnaire,
- permettent d'envisager les examens exposés plus haut si cela est possible.

En insistant sur l'examen radiologique, c'est en pensant aux formes médiastinales primitives que nous donnons tant d'importance à cet examen ; enfin, les clichés permettront d'informer ou d'affirmer l'existence d'adénopathies isolées, associées à une autre localisation tuberculeuse, parfois en rapport avec une autre étiologie que révélera l'examen.

Pronostic et Thérapeutique

L'apparition des antibiotiques, streptomycine, P.A.S., sulfone, a été d'un précieux appoint dans le traitement de cette affection.

Si les différents traitements préconisés avant l'ère des antibiotiques permettaient de guérir un nombre considérable de cas, il existait des formes particulièrement délicates pour ne pas dire impossibles à traiter. Nous pensons aux formes médiastinales avec ou sans signes de compression évoluant plus ou moins rapidement vers la mort :

- observation de MMrs. Ritz et Ameuille
- Thèse de M. Dugas
- Observation de MMrs. Aubin et Loiseau.

En dehors de ces cas, les adénites évoluant vers la fistulisation laissent derrière elles des écrouelles parfois fort délabrantes.

- CHAPITRE III -

Nous allons maintenant, à la lumière de ces données essentielles, montrer l'intérêt de nos cinq observations.

La 1^o observation pose 3 problèmes importants:

1- Problème diagnostic : si tous les auteurs ont insisté sur la difficulté du diagnostic et les multiples examens à pratiquer en cas de pyrexie isolée, il est cependant exceptionnel qu'une adénopathie tuberculeuse médiastinale évolue pendant plusieurs semaines sans qu'apparaissent de modifications nettes visibles sur la radio standard.

Le cas de ce malade avait fait envisager de multiples diagnostics, en particulier:

- maladie de Hotckin
- cancer du rein
- cancer de l'estomac

d'où l'intérêt, à notre avis, de pratiquer dans les pyrexies isolées et de longue évolution, des tomographies systématiques même si le cliché standard est jugé normal.

2- Problème d'association : Nous n'avons retrouvé dans la littérature médicale que nous avons compulsée, aucun cas de syndrome sanguin à type de pan-myélophtisie associée à une tuberculose ganglionnaire médiastinale.

L'évolution de ces deux affections sur le même terrain pose différentes hypothèses.

- a) le syndrome sanguin est-il primitif ?

Cette première hypothèse semble ne pas devoir être retenue. Les examens de sang pratiqués en ville et la 1ère numération faite à l'hôpital étaient normaux.

- b) le syndrome sanguin est-il secondaire à la tuberculose ?

L'existence d'une dissémination tuberculeuse au niveau de la moëlle nous a entraîné à pratiquer un examen direct et une culture qui sont revenus négatifs.

- c) reste une 3^e hypothèse : la thérapeutique antibiotique pratiquée avant d'avoir posé le diagnostic aurait agi sur la moëlle.

Si des doses telles d'antibiotiques (3.000.000 d'unité de pénicilline) peuvent être à l'origine d'un syndrome sanguin analogue, il y aurait un intérêt considérable à ne pas en faire sans diagnostic certain.

3- Problème Thérapeutique : La thérapeutique locale étant impossible, le malade a été mis à la streptomycine par voie générale. L'action de cet antibiotique comme le montre la courbe thermique n'a eu qu'un résultat médiocre. La mise en oeuvre du traitement par l'hydrazide de l'acide nicotinique (Rimifon) a montré par contre une action plus nette : sur la température, sur l'état général, sur les sueurs qui ont disparu.

Devant de tels résultats cliniques, nous devons de réserver néanmoins nos conclusions; le recul n'est pas assez grand, l'image radiologique a très peu varié.

La 2e observation nous permet d'attirer l'attention sur le rôle parfois aggravant du terrain. Notre malade est un alcoolique de longue date mais restait un gros mangeur ; ce n'est que depuis quelques mois qu'il est noté une diminution considérable de l'appétit, le malade continuant toujours ses habitudes d'intempérance.

Chez ce malade, la mise en oeuvre de la nouvelle thérapeutique (Rimifon) sans préjugés de l'évolution des lésions a eu un résultat véritablement spectaculaire en très peu de jours sur des signes généraux et un état physique lamentable.

Les 3 dernières observations que nous relatons nous permettent d'affirmer la primauté du traitement local sur le traitement général chaque fois que celui-ci est possible.

- CONCLUSION -

En résumé, de l'étude de ces cinq observations, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1- Chaque fois qu'il est possible, le traitement local est indéniablement plus actif que le traitement général.

2- Le rôle du terrain aggrave considérablement le pronostic.

3- Une nouvelle thérapeutique (l'hydra-cide de l'acide iso-nicotinique) semble agir sinon sur les signes cliniques et radiologiques, du moins sur les signes fonctionnels et généraux.

Dans les formes hyperfébriles avec atteinte de l'état général, cette nouvelle thérapeutique sera peut être un sérieux appoint.

4- Enfin et surtout, en cas de pyrexie isolée, les tomographies doivent devenir un examen systématique en permettant de dévoiler une adénopathie médiastinale isolée, même si le cliché standard semble normal.

VU :
Le Président :
signé : E. BERNARD

VU :
Le Doyen :
Signé : L. BINET

Vu et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
Signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

BERNARD (Etienne)

Adénopathies Tuberculeuses de l'Adulte
Revue de la Tuberculose 1945, n° 7 et 9
p. 179 et 180.

BERNARD (Etienne) KREIS (B) LOTTE (Melle A.)

Tuberculoses traitées par la streptomycine
L'Expansion scientifique Française
Paris - 1949

LEMIERRE (A) BERNARD (Etienne) MOLLARET (P.)
et MORIN (M.).

Tuberculose multiganglionnaire de l'adulte
et streptomycine.
Bulletin Acad. Méd. 1948, n° 132 p.747-751

BERNARD (Etienne) KREIS (B) LOTTE (Melle A)
et MANTOUX (G.)

Les adénopathies cervicales des tuberculo-
ses miliaires traitées par la streptomycine
et leur forme grave phagédénique.
Bullet. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. Paris
1949, n° 65 - p. 50-56

BERNARD (Etienne) KREIS (B.) et LOTTE (Melle A)

Etudes cliniques sur la streptomycine.
Semaine des Hôpitaux de Paris - 26e année
N° 65 - 2 Sept. 1950

BERNARD (Etienne) et DREYFUS (A.)

Tuberculose pulmonaire et multiganglionnaire
de l'adulte
Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris, 10 Juillet 1936
p. 1271

AMEUILLE (P.) CANETTI (G) et BELLIN (A)

Adénopathie caséuse Médiastinale de réin-
fection de l'Adulte.
Bulletin Soc. Méd. Hôp. Paris 3 Mars 1939
p 403-408

AMEUILLE (P.) et MALDAN

Adénopathie Médiastinale de l'Adulte
Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris 16 Juillet 1926
p. 1322-1324

TROISIER (J) BARIETY (Y) et DUGAS (J.)

Tuberculose multiganglionnaire de l'adulte.
Soc. Méd. Hôp. Paris. 19 Juin 1936.

Thèse de DUGAS (J.)

La tuberculose ganglionnaire de l'adulte
allergique.
Librairie Louis Arnette 1937 - p. 132

RIST et AMEUILLE (P.)

Forme présente des adénopathies tuberculeu-
ses de réinfection.
Revue de la tuberculose n° 5-6 - Mai-Juin
1941 - p. 290-292

STEINER de LEYSIN

Adénites tuberculeuses hilaires et patholo-
gie des Bronches.
"Les Bronches" 1951 - n° 1-2

RICHARD (André)

Adénopathies tuberculeuses -Revue de la
Tuberculose - Mai-Juin 1941- N° 5 et 6
p. 242-259

LOEDERICH - MAMÓV et TEYSSIER

Adénopathie médiastinale caséreuse associée
à une hépatite.
Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris - 17 mars 1939
p. 467-469

JACOB.

Adénopathie trachéo-bronchite très volumineuse.

Semaine Médicale des Hôpitaux de Paris
1948.

BERARD et AUVERNE.

Adénite cervicale fistulisée chez un sujet ayant reçu une cure de streptomycine peu de temps auparavant.

Lyon Médical 1950 - N° 1, p. 8.
